



Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Dispositivos residenciales: una reparación comunitaria frente al tratamiento del padecimiento subjetivo grave

Modalidad: Ensayo

Autora: Julieta Brescacin Bertinat

Legajo: B-2662/0

Docente responsable: Mariana Chidichimo

Año: 2020

Índice

1

	Resumen y Palabras	
Clave.....	3	Introducción
.....	4	La
reforma en Salud Mental: un territorio en disputa.....	5	Las
políticas que legitiman los dispositivos residenciales	5	El
encierro manicomial	7	
Los dispositivos residenciales: una terapia en comunidad.....	11	
		Reflexiones Finales
.....	15	Referencias
Bibliográficas.....	17	

Resumen y Palabras Clave

El presente ensayo busca reflexionar acerca de la dimensión terapéutica de los dispositivos residenciales destinados a personas que han pasado por un proceso prolongado de internación psiquiátrica. Los dispositivos residenciales son estrategias de intervención terapéutica que se enmarcan en el proceso de transformación de la atención en Salud Mental que está atravesando la República Argentina, promovido por la actual Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Debido a que en la provincia de Santa Fe estos dispositivos –creados al modo de viviendas asistidas, casas compartidas u hostales residenciales– se presentaron como una estrategia clave para la reforma en Salud Mental, este ensayo persigue el interés de indagar acerca de las transformaciones subjetivas que los dispositivos residenciales hacen posible. Para ello, en primer lugar, se analizan las políticas que permitieron su regulación en la provincia de Santa Fe. En segundo lugar, se realiza un breve

análisis acerca de la práctica del encierro manicomial y sus consecuencias en la subjetividad, y, por último, se construye una reflexión acerca de los nuevos posicionamientos subjetivos que hacen posibles los dispositivos residenciales. A partir de este análisis, se llega a la conclusión de que la falta de autonomía y la incapacidad laboral presente en las personas con internaciones prolongadas son consecuencias directas de la estadía en la institución manicomial. A raíz de ello, el presente trabajo afirma que los dispositivos residenciales representan una reparación comunitaria frente al tratamiento que históricamente se les ha dado a las personas con padecimientos subjetivos graves.

Dispositivos residenciales / Reforma psiquiátrica / Padecimiento subjetivo / Derechos Humanos

Introducción

La República Argentina se encuentra en un proceso de transformación de la atención en salud mental, el cual busca producir un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y las estrategias de atención primaria. Este proceso responde a las principales declaraciones y tratados mundiales en la materia, así como a las legislaciones provinciales y nacionales.

En Santa Fe, la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, sancionada en 1991 y reglamentada en el año 2007, establece un cambio de lógica en la asistencia en Salud Mental de aquellas personas con padecimientos subjetivos graves. Dicha ley tiene el propósito de restringir los tiempos de internación en las instituciones manicomiales y evitar el distanciamiento de la familia, del medio social y la comunidad. A tal fin, en el año 2004, la

Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM) de Santa Fe asume un proyecto de gestión denominado *Sustitución de Lógicas Manicomiales*, el cual fomenta la construcción de dispositivos alternativos con base en la comunidad para el abordaje del padecimiento subjetivo, entre los cuales se destacan: radios comunitarias, espacios productivos, dispositivos de microemprendimientos y los llamados dispositivos residenciales, al modo viviendas asistidas o casas compartidas destinadas a “pacientes con largos períodos de internación psiquiátrica sin posibilidades de inclusión en una vivienda familiar o comunitaria” (DPSM, 2007: 12).

Los dispositivos residenciales recubren gran interés para el proceso de reforma del sistema de Salud Mental por dos aspectos importantes. En primer lugar, la actual Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 declara, en la reglamentación de su artículo 27, que los manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, tanto públicos como privados, deben adecuarse y sustituirse por dispositivos comunitarios, estableciendo como plazo para tal sustitución al año 2020. Debido a que muchas de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos se encuentran viviendo allí porque han perdido toda posibilidad de lazo social que sostenga la vida en el afuera, los dispositivos residenciales se presentan como una respuesta eficaz frente a la problemática habitacional que plantea la reforma.

En segundo lugar, los dispositivos residenciales surgen en la provincia de Santa Fe como una estrategia terapéutica clave para la transformación de la asistencia en Salud Mental. En base a ello, vale preguntarse ¿cuál es la lectura clínica que sostiene este tipo de prácticas? ¿Qué transformaciones subjetivas hacen posible?

El objetivo principal del presente ensayo será reflexionar acerca de la dimensión terapéutica de los dispositivos residenciales destinados a personas que han pasado por un proceso de internación psiquiátrica. Esto implicará:

- Reflexionar acerca de la lógica manicomial y las consecuencias a nivel de la subjetividad ésta que produce en las personas internadas.
- Indagar acerca de las nuevas subjetividades posibles a través de los dispositivos residenciales.

Pensar y argumentar mediante un escrito la importancia a nivel terapéutico que revisten los dispositivos residenciales es relevante para el campo de la Salud Mental en tanto dichos dispositivos responden a la implementación de una nueva política en Salud Mental promovida por las legislaciones nacionales y provinciales y, a su vez, brindan una respuesta a uno de los problemas más sobresaliente que esta nueva política presenta, la cuestión habitacional.

La reforma en Salud Mental: un territorio en disputa

*¿Y qué se puede hacer hasta que la institución no se abre? ¡Abrir la institución!
Franco
Basaglia*

El 25 de octubre del año 2020 se publicó una nota en el diario Infobae titulada “La rara Ley de Salud Mental argentina que recela de la psiquiatría y la niega como ciencia médica”,

en la cual un grupo de psiquiatras ponen en cuestión los principales postulados de la actual Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Entre los cuestionamientos hechos, los profesionales denuncian como ‘uno de los puntos más controvertidos’ de la ley a su artículo 27, que establece que los manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente deben ser sustituidos por dispositivos alternativos con base en la comunidad. Al respecto, el psiquiatra Bernardo Carricart, director de una clínica en Olavarría dice: “Quieren entidades abiertas, autogestionadas... ¿cómo se va a autogestionar un paciente esquizofrénico?” (Peiró, 2020). Seguidamente declara que “lo de los derechos humanos es verso” (Peiró, 2020).

En este análisis crítico acerca de la actual Ley de Salud Mental y Adicciones, este grupo de psiquiatras nombran tres aspectos fundamentales de la reforma impulsada: • la desmanicomialización que exige el cierre de los hospitales psiquiátricos • la creación de dispositivos alternativos

• la defensa de los derechos humanos de toda persona.

La reforma en Salud Mental tiene como objetivo principal la eliminación del internamiento psiquiátrico pero, como señalan Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), el cumplimiento de este objetivo es en sí mismo conflictivo porque atraviesa una amplia red de estructuras institucionales. “Este objetivo suscita problemas y exige cambios en la organización sanitaria, en la justicia, en los modos de administrar las cosas públicas, etc.” (Rotelli *et al.*, 1987: 185). En este sentido, la reforma en Salud Mental podría definirse como una verdadera reforma social que, como consecuencia ocasiona crisis, tensiones y voces encontradas.

El presente ensayo levanta una voz opuesta a la presentada en la nota periodística, en tanto implica una defensa de las nuevas prácticas en Salud Mental basadas en un enfoque de derechos. Entre las diferentes dimensiones que la reforma atraviesa (la sanitaria, la legal, la administrativa, etc.), este escrito se centrará en el aspecto terapéutico. Para ello se tomará como objeto de análisis a uno de los dispositivos alternativos promovidos: los dispositivos residenciales. Se buscará analizar la política en la cual se enmarcan, la lógica que intentan sustituir y el propósito terapéutico que se proponen.

Las políticas que legitiman los dispositivos residenciales

*En un momento vas a ver
Que ya es la hora de volver
Pero trayendo a casa
Todo aquel fulgor
Y ¿para quién?*

Las almas repudian todo encierro
Cantata de puentes amarillos (Pescado Rabioso)

Los dispositivos residenciales pueden definirse como una estrategia de intervención terapéutica que se enmarca en el proceso de desmanicomialización propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, sancionada en el año 2010 y

reglamentada en el 2013. El proceso de desmanicomialización supone un cambio de lógica en la atención de los padecimientos subjetivos graves que implica un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y las estrategias de atención primaria. En la reglamentación del artículo 27, la ley señala:

La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020 (Decreto Reglamentario 603/2013).

Esta ley es fruto de un arduo proceso de lucha por terminar con aquellas prácticas que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento, la judicialización y la exclusión social de las personas con padecimientos subjetivos graves. Como explica Emiliano Galende (2008), el proceso de desmanicomialización en Argentina comenzó en los años '70 con una propuesta de reestructuración del sistema de atención de salud mental, el cual sería interrumpido por la última dictadura militar (1976-1983). Es a partir del regreso de la democracia que empiezan a surgir diferentes experiencias alternativas en Salud Mental, entre las cuales se pueden nombrar el proceso de desmanicomialización de la provincia de Río Negro, la transformación del hospital psiquiátrico de San Luis en un hospital escuela con un programa basado en la estrategia comunitaria y el Programa de Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves de la localidad de Temperley, provincia de Buenos Aires.

En cuanto a la provincia de Santa Fe, en el año 1991 se sanciona la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, reglamentada en el año 2007, la cual “es un importante antecedente en torno a procesos desinstitucionalizadores y establece los principales pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental” (Faraone *et al.*, 2012: 29). En el artículo 1 la ley señala:

Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento (...) Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social (Ley 10.772/91: 1).

Y en el artículo 18 nombra los diferentes dispositivos a crear para producir una alternativa a la internación psiquiátrica:

El Estado (...) promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con, sin internación, atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc.

Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad (Ley 10.772/91: 4).

Con el objetivo de dar cumplimiento a ambos artículos, en el año 2004 la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM) crea el Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales. Este programa apunta a erradicar las lógicas manicomiales, entendidas como “aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, etc.) que coadyuvan hacia la medicalización, el silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos subjetivos graves, mediando en muchos casos la judicialización” (DPSM, 2007: 11). En tanto las prácticas señaladas exceden los límites de los hospitales psiquiátricos, este programa comprende acciones al interior y por fuera de dichos efectores, creando una red asistencial para dar cumplimiento al

6
artículo 1. Así nace, en el año 2005, el Proyecto de Red de Dispositivos Alternativos al

Hospital Psiquiátrico para la atención de la salud mental de la población, el cual tiene como objetivo “evitar la internación de pacientes por condicionamientos estrictamente sociales, a través de la creación de dispositivos asistenciales sustitutivos al manicomio tendientes a movilizar recursos y servicios de otros programas del Estado” (DPSM, 2007: 12). Es en el marco de este proyecto que se crean los llamados *Dispositivos Residenciales en Salud Mental*, al modo de ‘viviendas asistidas’ o casas compartidas destinadas a pacientes con largos periodos de internación psiquiátrica y sin posibilidades de inclusión en una vivienda familiar o comunitaria. En base a lo expuesto en el Proyecto, los dispositivos residenciales “apuntan a intervenir sobre las dificultades que surgen en el proceso de lograr un afuera posible del Hospital Psiquiátrico para los sujetos con internaciones prolongadas” (Proyecto Red de Dispositivos Alternativos, 2005: 10).

Ahora bien, ¿por qué surgen esas dificultades? Las nuevas políticas en Salud Mental basadas en un enfoque de derechos sostienen que los problemas para la integración social que sufre una persona que fue hospitalizada son consecuencia del propio proceso de hospitalización en un psiquiátrico. Esto es muy distinto a decir –como menciona el psiquiatra entrevistado en la nota de Infobae (2020)– que una persona no puede autogestionarse por ser esquizofrénica. Esta posición, basada en el diagnóstico, tiende a homogeneizar el padecimiento psíquico de los usuarios, negando así la naturaleza singular propia de cada padecer. Son dos lecturas opuestas acerca del padecimiento subjetivo que responden a paradigmas distintos y, por lo tanto, dan lugar a prácticas diferentes. Seguidamente se analizarán cada una.

El encierro manicomial

*Mira el pájaro,
Se muere en su jaula*
Cantata de puentes amarillos (Pescado Rabioso)

Históricamente la psiquiatría ha pensado al sujeto en base al paradigma positivista, según el cual se identifica un objeto –la enfermedad mental definida por un conjunto de signos y síntomas- para perseguir una solución racional –la curación. Como señalan Rosana Onocko Campos y Gastón de S. Campos (2006) ésta es la famosa clínica de la mirada, anclada en la anatomía patológica.

A su vez, la enfermedad mental ha quedado asociada a la peligrosidad, producto de hechos aberrantes que solían ocurrir con mayor frecuencia en los siglos anteriores, frente a la imposibilidad de tratar las manifestaciones delirantes de las personas. El estatuto de peligrosidad social del enfermo mental dio lugar a prácticas como la tutela jurídica, el encierro forzoso y el tratamiento forzoso que implicaba prácticas coercitivas. El lugar pensado para el tratamiento fue, desde el siglo XIX, el manicomio. Emiliano Galende (1982) dice al respecto: “El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro asoció inicialmente la psiquiatría con el manicomio. Esta relación no es contingente sino esencial y se ha mantenido hasta bien entrado nuestro siglo” (Galende, 1982: 429).

Si bien el autor hace referencia al siglo XX, hoy en día se siguen escuchando este tipo de discursos que declaran la peligrosidad de la locura y defienden así las prácticas del encierro, inclusive a pesar del avance en materia de psicofarmacología que permite atenuar enormemente la sintomatología psiquiátrica. Como ejemplo de esta representación social que asocia a la locura con la peligrosidad se pueden citar dos declaraciones de psiquiatras encontradas en la nota de Infobae (2020):

El artículo 7 de la ley consagra el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”. “Es una burrada -sentencia Derito-. La esquizofrenia, los trastornos delirantes crónicos, son condiciones que imposibilitan a las personas para ejercer sus capacidades, no pueden autogestionarse ni protegerse. La enfermedad los vuelve vulnerables y a la vez, ocasionalmente, también peligrosos” (Peiró, 2020).

“Los médicos que no son psiquiatras no pueden atender a esquizofrénicos, ni a adictos - dice Gómez-. Son un riesgo para otros pacientes. Son personas que oyen voces que los inducen a agredir, incluso a las personas más cercanas. Es esquizofrenia paranoide. Con delirios persecutorios” (Peiró, 2020)

En base a este tipo de discursos, la respuesta frente a la locura ha pasado entonces por el encierro, la marginación y la exclusión, prácticas que tienden a mortificar al yo del sujeto, es decir, producen procesos de desubjetivación. Para entender esto, habría que aclarar antes qué se entiende por subjetividad.

Vale recordar que, para Freud “la propia fragilidad del ser humano estaría detrás de la necesidad de socialización del hombre” (Onocko Campos y de Sousa Campos, 2006: 4). Esto quiere decir que el ser humano nace biológicamente dependiente –necesita de un otro que lo asista, lo bañe, lo alimente– y pronto se vuelve psicológicamente dependiente en tanto, como señalaba el padre del psicoanálisis, el hombre rara vez puede prescindir del vínculo con los demás. Freud sostenía que “en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo” (Freud, 1921: 67). A través de un proceso identificatorio con el otro el individuo va construyendo su Yo. Lo mismo afirmaba Lacan (1976) cuando decía que el hombre está atrapado en la cadena simbólica, en la estructura discursiva de la cultura y de la época, que él llamaba el discurso del Otro.

En este sentido, como señala Silvia Bleichmar (2005), la subjetividad es un producto histórico-social que prescribe las formas de representación social y las maneras en que cada sujeto constituye su singularidad. Así un sujeto construye maneras de ser, de pensar y de actuar que están atravesadas por los enunciados, discursos y valores propios de una determinada familia que, a su vez, está condicionada por el contexto social en el cual desenvuelve su vida cotidiana. De esta manera, la producción de subjetividad “regula los destinos del deseo en virtud de articular, del lado del yo, los enunciados que posibilitan aquello que la sociedad considera ‘sintónico’ consigo misma” (Bleichmar, 2005: 84).

Ahora bien, cada sociedad crea aquellos enunciados, discursos y valores que le permiten sostenerse; son los centros de poder los que determinan qué tipo de individuo es necesario para mantener el sistema. ¿Significa esto que estamos condenados a repetir automáticamente una determinada forma de ser y actuar? Toda sociedad se encuentra regulada de una determinada manera, pero, a su vez, toda sociedad tiene sus contradicciones y sus espacios sin sentido. Son estos espacios y estas contradicciones las que hacen posible la creación de nuevos discursos que, a su vez, darán lugar a nuevas subjetividades. Lacan (1976) decía que el sujeto, para constituirse, debe poder descubrir una falla en el discurso del Otro, un deseo que le permita ir más allá del Otro para no quedar aplastado por ese discurso. En este sentido es posible afirmar que el encuentro con el deseo singular es condición necesaria para la producción de subjetividad.

Dicho esto, ¿hay lugar para el deseo en la institución manicomial? ¿Qué ocurre con la subjetividad cuando una persona de golpe es aislada de su contexto social e institucional habitual e introducido en un manicomio por un tiempo prolongado y muchas veces

indeterminado?

8

Los manicomios se encuentran dentro de aquellas instituciones que Erving Goffman (2012) ha denominado instituciones totales. Con este término el autor hace referencia a aquellos establecimientos en los cuales tiende a transcurrir la totalidad de la vida de la persona, a diferencia de lo que ocurre en la comunidad, donde el individuo duerme, trabaja y se distrae en lugares distintos y con personas distintas. Cuando una persona ingresa en una institución total como es un manicomio, pasa de la vida en comunidad, con sus derechos, obligaciones y también sus libertades, a vivir en una institución donde absolutamente todo está reglamentado. ¿Cuál es el objetivo de esta disciplina? ¿Se la puede considerar una práctica terapéutica? Es sabido a raíz de los estudios de Michel Foucault que estas instituciones, en vez de buscar curar a los sujetos, desde la época de su creación en la Modernidad han servido más bien para controlar:

El poder psiquiátrico es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar, antes de ser una cura o una intervención terapéutica: es un régimen (...) régimen de aislamiento y regularidad, uso del tiempo, sistema de carencias medidas, obligaciones de trabajar, etc. (Foucault, 2005: 199).

Al respecto, en el proyecto Viviendas Asistidas en la ciudad de Santa Fe (2010), la trabajadora social Florencia Serra y la psicóloga Mariela Aita señalan que, en los manicomios los pacientes quedan “sujetados a un cotidiano de reglas y normas de disciplinamiento, a las que deberán someterse desde una posición de objeto (horarios para levantarse, para acostarse, la ropa que usan, etc.)” (Serra y Aita, 2010: 2).

Se puede afirmar entonces que el sometimiento a la disciplina tiene, entre sus principales objetivos, la tarea de moldear subjetividades. Al respecto es interesante la lectura que hace Florencia Zumarraga (2020) cuando declara que “la desubjetivación de los usuarios que se presenta como una consecuencia, es en realidad la causa primera de la institución” (Zumarraga, 2020: 6). Es decir, para que la institución manicomial marche es necesario crear cuerpos dóciles, automatizados, unificados. Y ¿qué significa esto? Que el manicomio tiene como condición primera el aplastamiento del deseo.

Las consecuencias desubjetivantes de la institución manicomial se pueden apreciar en diversos aspectos. En primer lugar, estas instituciones de encierro operan anulando la singularidad en tanto “la organización del sistema apunta a producir una masa indiferenciada de sujetos sumisos” (Zumarraga, 2020: 6). Todos hacen lo mismo. De esta manera se puede afirmar que la disciplina manicomial ataca la identidad en tanto desdibuja lo que singulariza a cada sujeto –el deseo, los intereses propios– para homogeneizar un grupo de personas y pretender anular así cualquier diversidad.

En segundo lugar, una institucionalización muy prolongada ocasiona la pérdida de muchos hábitos de la vida cotidiana producto de un “proceso de infantilización” (Zumarraga, 2020: 7). A pesar de que la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 señala que, en el tratamiento de la salud mental “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Ley 26.657, 2010: 9), en las instituciones psiquiátricas se sigue observando un trato que deja entrever una concepción del sujeto como incapaz.

Actos tan cotidianos como cocinar, lavar los platos, tender la cama, son realizados por el personal de la institución. Según el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019), hay pacientes que llevan 11 años o más de internación, ¿cómo no desaprender un hábito cotidiano si hace 11 años que no se pone en práctica? A

ello se suman los hábitos que se realizan en la vida pública, como tomarse un colectivo o manejar el dinero; estas pequeñas acciones se convierten en grandes desafíos.

La pérdida de estos hábitos produce la imposibilidad de gestionar el cuidado de sí porque las personas quedan completamente dependientes de las decisiones institucionales. A su vez, este tipo de prácticas sirven para realimentar el discurso de la incapacidad de las

9

personas con padecimientos subjetivos, como se puede ver en la siguiente declaración encontrada en la nota de Infobae: “¿Qué define la enfermedad mental severa?”, dice Ricardo Gómez. ‘La falta de autonomía, la incapacidad laboral’” (Peiró, 2020). Habría que recordar al respecto lo que Freud consideraba que era una persona sana: “cualquier persona capaz de amar y trabajar” (Fundación Once, 2010). Amar implica poder investir libidinalmente a otro, poder establecer un vínculo afectivo; trabajar significa tener la capacidad de producir, de hacer cosas que resulten placenteras a partir del intercambio social. En este sentido, el trabajo va más allá de una actividad remunerada, es también poder estudiar, mantener el orden y la limpieza de la casa, encarar una búsqueda laboral o participar de proyectos colectivos. Así es posible pensar que no es la falta de autonomía o la incapacidad laboral lo que define la enfermedad mental, sino la falta de oportunidades para establecer una relación social que posibilite amar y trabajar.

En tercer lugar, en las instituciones psiquiátricas hay una violación constante de la intimidad de las personas. Tras su experiencia en el marco del proyecto de voluntariado universitario ‘Redes’ realizado en una institución psiquiátrica monovalente de la provincia de Buenos Aires, Florencia Zumarraga señala:

Resulta llamativo que en estas instituciones totales no está contemplada la necesidad de privacidad. En ocasiones se observa que los baños no tienen puertas y las camas se disponen en filas muy próximas entre sí, situaciones que vulneran el espacio íntimo (Zumarraga, 2020: 7).

Tampoco hay lugar para conservar pertenencias personales. Es habitual observar en los psiquiátricos que la vestimenta circula de un usuario a otro sin tener dueño propio; lo mismo pasa con los elementos de higiene personal. Esto también se puede leer como una consecuencia del proceso de desubjetivación en tanto no hay lugar para investir libidinalmente objetos personales que sirvan para nombrar la singularidad particular de un usuario.

En cuarto lugar, una internación muy prolongada hace que se pierdan aquellos lazos sociales construidos por fuera del hospital psiquiátrico lo cual, con el paso del tiempo, tiende a complicar cada vez más las posibilidades concretas de externación. Como se señala en el Proyecto Viviendas Asistidas en la Ciudad de Santa Fe (2010), muchos de los pacientes internados en los monovalentes de esa provincia “se encuentran allí debido a que no pueden ser alojados en relaciones sociales (familiares, públicas, comunitarias, etc.) que los reconozcan, sostengan y habiliten como ciudadanos” (Serra y Aita, 2010: 4).

Esto da pie a nombrar la quinta consecuencia del proceso de desubjetivación producido por un proceso de internación prolongado: la pérdida del estatuto de ciudadano. Como señala Erving Goffman, “el pre-paciente se inicia, por lo menos en parte, con los derechos, libertades y satisfacciones de la vida civil, y va a parar a una sala de psiquiatría, despojado prácticamente de todo” (Goffman, 2012: 142). La primera violación de los derechos de las personas se da cuando se ofrece una atención terapéutica totalmente deshumanizada:

Es preciso recordar que los Hospitales Psiquiátricos están habitados de personas que en algún momento de sus vidas han demandado a una institución pública el cuidado y la protección de su salud, y como contrapartida han recibido reclusión indefinida y formas sistemáticas de vulneración de sus derechos elementales (Serra y Aita, 2010: 5).

Se puede afirmar entonces que la práctica del encierro manicomial atenta contra los derechos humanos de los sujetos que se encuentran internados en forma crónica debido a que la internación no resulta necesaria para la asistencia del padecimiento subjetivo actual.

De esta manera, esta práctica tiende a vulnerar el derecho a la libertad, a la dignidad, al

10

respeto por sus costumbres y cultura, el derecho a tener una vivienda digna, el derecho a trabajar, el derecho a la calidad de vida y el derecho a recibir una atención sanitaria y social que sea integral y humanizada. Pero, sobre todo y como ya se señaló, se viola el derecho a la singularidad, aspecto clave para producir una acción terapéutica. El manicomio es, al decir de Fernando Ulloa (1995), una forma de encerrona trágica en tanto toda la vida del sujeto (sus ritmos, sus horarios, el alimento que come, la ropa que usa, el horario en que se acuesta, etc.) queda completamente amarrado a *una exterioridad que habla, que dice por él*. Cualquier esfuerzo que se quiera hacer en estas condiciones por mejorar la salud mental del interno será insuficiente porque no existe salud mental sin libertad de elección. Como dice la canción de Pescado Rabioso, el pájaro se muere en su jaula.

Los dispositivos residenciales: una terapia en comunidad

*En tiempos de incertidumbre y desesperanza
es imprescindible gestar proyectos colectivos
desde donde planificar la esperanza junto a otros*
Enrique Pichón Rivière

Reformar la atención en Salud Mental implica establecer otras lógicas y otras prácticas que impidan reproducir la lógica manicomial en las intervenciones de los equipos de salud. En la provincia de Santa Fe, los dispositivos residenciales se presentan como una estrategia de intervención clave para la reconversión de la asistencia de la salud mental. En el presente apartado se buscará justificar por qué se puede entender a estos dispositivos como una *reparación comunitaria* frente al tratamiento que históricamente se le ha dado a la locura.

Los dispositivos residenciales responden a la lógica que sustenta la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, la cual se enmarca en el paradigma de la salud mental comunitaria con un enfoque de derechos. Este paradigma deja de leer la problemática subjetiva en términos de enfermedad mental en tanto entiende que esta noción “supone una serie de limitaciones para reconocer e identificar situaciones de padecimiento que no son homologables a las entidades patológicas” (Augsburger, 2004: 72). La ley 26.657 define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657, 2010: 9). En este sentido, abordarla únicamente desde el aspecto de la psicopatología implica una reducción, un recorte en la complejidad propia del objeto de estudio.

Si la salud mental está determinada por múltiples componentes, se entiende que el

padecimiento psíquico estará igualmente condicionado por dicha complejidad. Afirmar esto no implica “negar la enfermedad psiquiátrica” como declara Ricardo Gómez, psiquiatra y médico del Hospital Borda entrevistado en la nota de Infobae (2020). El concepto de padecimiento subjetivo o sufrimiento psíquico permite reconocer que “en el campo de la salud mental se presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad” (Augsburger, 2004: 78). ¿Cómo pensar entonces su abordaje? Deberá ser igualmente integral, es decir, abarcar todos los componentes que hacen a la salud mental: los históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Es por ello que la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 fomenta aquellos abordajes que se desarrollen en el seno de la comunidad. Al respecto el artículo 9 señala:

11

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Ley 26.657, 2010: 17).

Los dispositivos residenciales responden a este paradigma. Son espacios de intervención terapéutica que toman la modalidad de viviendas asistidas, casas compartidas, hostales residenciales, etc., destinados a pacientes que han atravesado un largo proceso de internación psiquiátrica. Según el Proyecto Red de Dispositivos Alternativos (2005) de la Dirección Provincial de Salud Mental, estos dispositivos tienen el objetivo de “lograr grados de autonomía en la ciudad, resolver situaciones en la cotidianeidad y sostener la asistencia ambulatoria, a partir de la implementación de un trabajo terapéutico y un acompañamiento que eviten las reinternaciones y cronificaciones hospitalarias” (DPSM, 2005: 9). Dicho esto, ¿cuáles son concretamente las dificultades que surgen en el proceso de reinserción social de pacientes crónicos? ¿Qué transformaciones subjetivas son posibles a través de estos dispositivos?

Lo primero que se hace evidente a la hora de trabajar con personas que han estado durante mucho tiempo en una institución psiquiátrica es la dependencia absoluta que muestran hacia el discurso institucional, es decir, están totalmente atados al discurso del Otro. Tras su experiencia de trabajo en una institución psiquiátrica de Buenos Aires, Florencia Zumarraga señala: “En los encuentros era usual que ante la pregunta de ‘¿Qué querés hacer?’ se encontraban planteos como ‘Pregúntale a la enfermera’ o ‘Decime vos, yo no sé’” (Zumarraga, 2020: 10). Este tipo de respuestas denuncian un aplastamiento subjetivo que es consecuencia directa de los años de encierro manicomial. Como ya se señaló, en esas instituciones se tiende a moldear cuerpos dóciles a una disciplina, sujetos pasivos que responden en su totalidad al discurso del Otro. Es por ello que la tarea principal con la que se enfrentan los equipos terapéuticos de los dispositivos residenciales es *barrar* ese discurso. Esto implica abrir un espacio, al modo de tercera zona como decía Winnicott, que permita distanciarse del discurso institucional y dar lugar al deseo propio, a la pregunta por los intereses personales. Los equipos terapéuticos funcionan, así, como apoyos externos que habilitan un espacio para la duda, para la pregunta. De esta manera, ante respuestas como ‘Decime vos, yo no sé’, se puede proponer el pensar juntos, construir de forma conjunta respuestas posibles. Lo que se busca con esto es que gradualmente vaya emergiendo el *nombre propio*, el deseo, la singularidad. “El deseo es una dimensión que humaniza, es el motor de nuestra subjetividad. En este sentido, se considera que apostar a

restituir las líneas deseantes en los pacientes cronicados implica abogar por su salud mental y dignidad” (Zumarraga, 2020: 10).

En los dispositivos residenciales este trabajo con la singularidad es un punto clave; los equipos terapéuticos asumen así una función de apoyo, de sostén para que los usuarios puedan ir adquiriendo gradualmente mayores niveles de autonomía. La búsqueda de la singularidad, la puesta en juego del deseo, es una tarea a realizar en todas las etapas del proceso de habitar una nueva vivienda. Las externaciones no son consideradas una simple mudanza, un movimiento de cuerpos del hospital a la casa. Las externaciones se realizan de manera gradual y consisten en “construir –conjuntamente- las vías de un ‘fuera del hospital’” (Scandizzi, 2011: 2). En este sentido, si bien son los equipos terapéuticos los que evalúan qué usuarios se encontrarían en condiciones de habitar un dispositivo residencial, la última palabra la tiene el destinatario: es el usuario el que decide en última instancia si quiere o no ir a vivir a un dispositivo residencial.

Cuando esa decisión está tomada, comienza la etapa de las primeras idas a la nueva residencia. Allí se busca que los usuarios puedan investir libidinalmente el hogar. En el hospital no son los usuarios los que eligen en qué cama dormir, qué sábanas usar o cómo

12

decorar los ambientes; en esos espacios está todo preestablecido. Para no reproducir esta lógica, en los dispositivos residenciales son los propios usuarios los que van armando y decorando los diferentes ambientes. Al respecto, la psicóloga Ariadna Scandizzi, coordinadora de una casa asistida de Rosario, señala:

En la espera de que la casa esté en condiciones habitables, confortables no en el sentido de lujo sino en lo que aporta el sentido común, una vez a la semana por la mañana las futuras moradoras iban a limpiar la casa, a desembalar las donaciones y a elegir con qué objetos se quedarían en su futura vida diaria. También seleccionaron adornos y lugares para ellos (Scandizzi, 2011: 6)

Los usuarios eligen también en qué habitación quieren dormir, una habitación que tiene una puerta, al igual que el baño, el patio y la salida a la calle. En los dispositivos residenciales, las puertas funcionan como un elemento simbólico que permiten una nueva inscripción subjetiva: el registro de la privacidad. Ariadna Scandizzi (2011) comenta que un día, al llegar a la casa asistida, les señaló a las usuarias que habían dormido con la puerta abierta, a lo cual una de ellas respondió: “En el hospital no hay puertas” (Scandizzi, 2011: 7). Para la construcción de este andamiaje simbólico la entrega de las llaves se convierte en un acto de enorme valor. Entregarles la llave a los propios usuarios demarca pertenencia, propiedad y exclusividad respecto a un lugar.

El trabajo en los dispositivos residenciales también implica la re-construcción de las pequeñas rutinas, de los hábitos propios de la vida en un hogar. Producto de años de prácticas asistencialistas en el hospital psiquiátrico, estos usuarios suelen estar acostumbrados a tomar una posición pasiva frente a las tareas del hogar, como son la cocina o la limpieza. Es por ello que desde los equipos terapéuticos se encara la tarea de acompañar a los usuarios en la realización de las pequeñas rutinas, proponiendo realizarlas en conjunto con el objetivo de ir construyendo posiciones de mayor autonomía. Scandizzi (2011) señala que en la casa asistida en la cual trabaja el movimiento subjetivo que posibilitó un rol activo por parte de las usuarias fue muy rápido; según indica, al poco tiempo las propias usuarias comenzaron a cocinar solas, armar la lista del supermercado e ir a hacer las compras: “Solamente en dos oportunidades acompañamos a realizar las compras, en la

actualidad nuestra presencia allí no hace más que obstáculo (Scandizzi, 2011: 11).

En el transcurso de todas estas actividades se va trabajando también con el lazo transferencial entre los usuarios. Lo esperable para una buena convivencia es que ese lazo adopte la forma de una amistad, “amistad como acogida de las penas y de las alegrías” (Scandizzi, 2011: 5).

Ahora bien, que un grupo de personas con padecimientos subjetivos graves abandone un hospital psiquiátrico no es garantía de dejar de reproducir la lógica manicomial de silenciamiento y exclusión social. ¿Cómo hacer para que los dispositivos residenciales no se conviertan en una réplica del modelo manicomial? Para ello, una de las herramientas fundamentales es la construcción de un trabajo en red. Como señala Silvia Faraone (2012), la construcción de una práctica en Salud Mental centrada en la comunidad implica la creación de una red asistencial cuya presencia enlace trayectorias de acceso en diversos procesos territoriales, sociales e institucionales. Una de las articulaciones más importantes al respecto es la que brinda la posibilidad de un trabajo. La inclusión laborales un acto que transforma las subjetividades de los usuarios en tanto da lugar a nuevas representaciones acerca de ellos mismos y su lugar en el conjunto social. Les permite ubicarse como productores, como parte del circuito de intercambios que regula la sociedad, lo cual les devuelve a su vez el estatuto de ciudadanos, con todos sus derechos y obligaciones. Al respecto, el Proyecto Red de Dispositivos Alternativos (2005) señala:

13

Un lugar fuera del hospital implica construir un estatuto de ciudadano; una inscripción en tanto trabajador con posibilidad de tener sustento cotidiano, un espacio donde su singularidad, saberes, e historia tenga un lugar distinto a la estigmatización, inhabilitación y silenciamiento que le ha signado la lógica manicomial (DPSM, 2005: 9).

Después de años de discriminación y de aislamiento avalado por el conjunto social, devolverles a estos sujetos sus derechos como ciudadanos activos significa además un reconocimiento colectivo de su dignidad personal y de sus derechos humanos. Por tal motivo los dispositivos residenciales, junto con la red asistencial que demandan, pueden ser entendidos como una reparación comunitaria frente al tratamiento que históricamente se les ha dado a las personas con padecimientos subjetivos graves.

La Ley de Salud Mental y Adicciones establece al año 2020 como fecha límite para el cierre de los hospitales psiquiátricos y su completa sustitución por un sistema de atención en Salud Mental de base comunitaria. Como se desarrolló a lo largo del presente trabajo, ya existen prácticas alternativas que demuestran su eficacia terapéutica; no obstante, ¿qué es lo que sigue dificultando el cierre de los hospitales psiquiátricos en Argentina? ¿Es sólo la falta de políticas públicas o es necesario también seguir trabajando sobre las propias barreras internas a la hora de pensar el proceso de desmanicomialización? Estos interrogantes abren nuevas vías de reflexión que serán condición necesaria para profundizar los proyectos colectivos de transformación.

Reflexiones Finales

A lo largo del presente trabajo se buscó reflexionar acerca de la dimensión terapéutica de los llamados dispositivos residenciales, los cuales se enmarcan en el proceso de transformación de la atención en Salud Mental que está atravesando la República Argentina, promovido por la actual Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Tal como se indicó, este proceso de transformación, denominado *desmanicomialización*, busca producir un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y las estrategias de atención primaria, con el objetivo final de cerrar definitivamente los manicomios en el año 2020.

En Santa Fe, los dispositivos residenciales se presentaron como una estrategia de intervención clave para lograr la transformación del sistema de salud mental, debido a que dan respuesta a una de las problemáticas más sobresaliente que la reforma plantea, la cuestión habitación. A raíz de la importancia que estos dispositivos tienen, el interés del presente trabajo fue indagar acerca de las transformaciones subjetivas que los dispositivos residenciales hacen posibles en personas que han pasado por un largo proceso de internación psiquiátrica.

Como se intentó mostrar, las personas con procesos crónicos de internación suelen

presentar cierto arrasamiento subjetivo. En muchos casos, la institución manicomial produce procesos de desubjetivación que dan lugar a sujetos pasivos, abúlicos y totalmente dependientes del discurso institucional. Los efectos de este accionar se pudieron apreciar en múltiples aspectos. En primer lugar, fue posible apreciar cómo la disciplina de los hospitales psiquiátricos tiende a anular las singularidades de los sujetos (los gustos, preferencias o deseos propios) en tanto no hay posibilidad de elección; las personas no pueden decidir qué alimentos comer, cómo decorar los ambientes, qué ropa usar, en qué momento del día irse a dormir o a qué hora levantarse, todo ello está determinado de antemano por la institución. A su vez, el encierro manicomial provoca una pérdida gradual de hábitos en tanto el conjunto de las tareas cotidianas, como la limpieza o la cocina, es realizado por el personal de la institución. Por otro lado, se analizó cómo las prácticas del encierro tienden a vulnerar constantemente el derecho a la intimidad y la privacidad, por ejemplo, mediante la falta de puertas en los baños. A todas estas consecuencias desubjetivantes se sumaron la rotura del lazo social con la comunidad y la pérdida del estatuto de ciudadano. El lazo social es condición fundamental tanto para la supervivencia y el desarrollo del ser humano, como para tener una vida sana. Freud decía que una persona sana es aquella capaz de amar y trabajar; ambas acciones necesitan del lazo con el otro, un otro que reconozca y dé valor a la acción singular.

A raíz de estas consideraciones se afirma que la falta de autonomía y la incapacidad laboral que las personas con padecimientos subjetivos graves presentan son una consecuencia directa de la institución manicomial, demostrando ésta su ineficacia terapéutica.

Como contracara de esta práctica manicomial se ubicó a los dispositivos residenciales. Estos dispositivos se enmarcan en el paradigma de la salud mental comunitaria con un enfoque de derechos, el cual privilegia aquellas estrategias de intervención terapéutica que menos restrinjan el lazo social de los sujetos con la comunidad. Como se señaló, los dispositivos residenciales están pensados a modo de viviendas asistidas, casas compartidas u hostales residenciales cuyo objetivo central es brindar el apoyo necesario para que las personas con largos procesos de internación puedan recuperar gradualmente su autonomía y así ir resolviendo situaciones propias de la cotidianeidad. En este proceso de trabajo se pudieron diferenciar variadas transformaciones subjetivas que surgen a partir de la vida en estas residencias. En primer lugar, estos espacios buscan que los usuarios puedan separarse gradualmente del discurso institucional y así posibilitar que aparezca el deseo

15

singular. Esta puesta en juego del deseo es una tarea terapéutica que se lleva a cabo a través de pequeñas acciones, como proponerles a los usuarios que elijan la decoración de la casa o en qué habitación dormir; a partir de este proceso se busca que las personas puedan investir libidinalmente el hogar. Por otro lado, en estos dispositivos se trabaja con el registro de la privacidad, se acompaña en la re-construcción de las pequeñas rutinas hogareñas y se fomenta la recuperación del lazo social con la comunidad, mediante la inserción laboral. Tal como se señaló, la inserción de los usuarios en tanto trabajadores les permite reconocerse y ser reconocidos en tanto ciudadanos de una comunidad, con todos sus derechos y obligaciones. Esta acción les proporciona un lugar social muy distinto al de la estigmatización y exclusión de la cual han sido víctimas durante años.

A partir de lo dicho, este escrito llega a la conclusión de que los dispositivos residenciales representan una reparación comunitaria frente al tratamiento que históricamente se le ha dado a la locura, en tanto reconoce a las personas con padecimientos subjetivos como parte integrante de un colectivo social, respetando así sus

derechos humanos y civiles, y devolviéndole el estatuto de dignidad perdido durante los años de internación psiquiátrica. Reflexionar acerca de dispositivos alternativos en Salud Mental permite apreciar el caudal de acción que estas prácticas centradas en la comunidad tienen a la hora de trabajar en pos de potenciar la riqueza subjetiva de las personas.

A partir de lo abordado, se abren nuevas líneas de investigación como, por ejemplo, indagar acerca de las políticas de promoción necesarias para el reconocimiento social de los derechos de las personas con padecimientos subjetivos graves. Estas políticas de promoción permitirían desmontar las representaciones estigmatizantes que circulan en torno a la locura, acción fundamental para que la integración social no quede solo en el discurso y se convierta en una realidad.

Referencias Bibliográficas

- Bleichmar, Silvia (2005). *La subjetividad en riesgo*. 1° ed. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Argentina.
- Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe (2007). *Informe Gestión 2004/2007*. Santa Fe, Argentina.
- Faraone, Silvia; Valero, Ana; Torricelli, Flavia; Rosendo, Ernestina; Méndez, María; Geller, Yael (2012). "Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego". En *Revista Argentina de Salud Pública*. Vol. 3, N° 12.
- Freud, Sigmund (1921). *Psicología de las masas y análisis del Yo*. Buenos Aires:

- Amorrortu Editores.
- Foucault, Michel (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Once (2010). Publicidad “Cualquier persona capaz de amar y trabajar”, 13 de diciembre. Madrid. https://www.youtube.com/watch?v=cLZe7M_8DPk
- Galende, Emiliano (1982). “La crisis del modelo médico en psiquiatría”. En *Cuadernos Médico –Sociales*, n° 23. Rosario: Editorial CESS.
- Galende (2008). “La política de salud mental”. En *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Goffman, Erving (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, Jacques (1976). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Argentina.
- Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 (1991). Santa Fe.
- Decreto Reglamentario 603/2013. En *Boletín Oficial* N° 32649, 29 de mayo de 2013. Argentina.
- Dirección Provincial de Salud Mental (2005). *Proyecto Red de Dispositivos Alternativos*. Santa Fe, Argentina.
- Onocko Campos, Rosana T y de Sousa Campos, Gastón Wagner (2006). “Co construcción de la autonomía: el sujeto en cuestión”. En *Tratado de Salud Colectiva*. Brasil: Editora Hucitec.
- Peiró, Claudia (2020). “La rara Ley de Salud Mental argentina que recela de la psiquiatría y la niega como ciencia médica”. *Infobae*. Sección Sociedad, 25 de octubre. <https://www.infobae.com/sociedad/2020/10/25/la-rara-ley-de-salud-mental-argentina-que-recela-de-la-psiquiatria-y-la-niega-como-ciencia-medica/>
- Rotelli Franco, De Leonardis Ota y Mauri Diana (1987). “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los ‘países avanzados’)”. En *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. VII, N° 21.
- Scandizzi, Ariadna (2011). *Casa Asistida C.R.S.M “Dr. A. Avila”*. Rosario. Serra, Florencia y Aita, Mariela (2010). *Viviendas Asistidas en la ciudad de Santa Fe*. Santa Fe, Argentina.
- Ulloa, Fernando (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zumarraga, Florencia (2020). “Análisis de los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente”. En *Revista de Psicología (UNLP)*
doi:10.24215/2422572Xe071